



STATE OF WASHINGTON
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES
DIVISION OF CHILD SUPPORT (DCS)

DÉCLARATION DE PAIEMENTS AU TITRE D'UNE PENSION ALIMENTAIRE
DECLARATION OF SUPPORT PAYMENTS

NOM COMPLET DU PARENT NON GARDIEN	NUMÉRO IV-D DE L'AFFAIRE
-----------------------------------	--------------------------

Indiquez le montant de la pension alimentaire que vous avez reçu du parent non gardien chaque mois au cours des dix dernières années.

ANNÉE					
Janvier					
Février					
Mars					
Avril					
Mai					
Juin					
Juillet					
Août					
Septembre					
Octobre					
Novembre					
Décembre					
Total					

ANNÉE					
Janvier					
Février					
Mars					
Avril					
Mai					
Juin					
Juillet					
Août					
Septembre					
Octobre					
Novembre					
Décembre					
Total					

Je déclare sous peine de parjure, en vertu des lois de l'état de Washington, que les informations qui précèdent sont exactes et véridiques.

Signé à _____ Washington.

LE	VOTRE SIGNATURE
----	-----------------